FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N° 1021

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Rémi LEMAIRE

Né le 26 septembre 1933 à Orléans (Loiret)

Interne des Hôpitaux de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES TUMEURS METASTATIQUES DE L'INTESTIN GRELE.

Président : M. LAMBLING, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Rémi LEMAIRE

Né le 26 septembre 1933 à Orléans (Loiret)

Interne des Hôpitaux de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES TUMEURS METASTATIQUES DE L'INTESTIN GRELE.

Président : M. LAMBLING, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Gi.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (S.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

A mes parents

en témoignage de ma profonde reconnaissance
et de ma respectueuse affection.

A la mémoire de mon beau-père

le Docteur J. MASSET A.E.H.P.

en hommage à son dévouement

A mes onze frères et soeurs

A tous mes amis

A notre Maître

Monsieur le Professeur A. LAMBLING

Professeur de Clinique Médicale
à la faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chef du Centre d'Etudes des maladies
de l'Appareil Digestif de l'Hôpital Bichat

Qui nous a fait l'honneur de nous prendre pour élève et d'accepter la présidence de notre thèse, en témoignage de notre respectueuse admiration.

A nos Maîtres :

Monsieur le Professeur M. CACHIN

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

qui nous a acceuilli dans son service
comme externe, puis comme interne,
et qui nous a confié le sujet de cette thèse.

Monsieur le Docteur J. SALLET

Médecin des Hôpitaux

Professeur au Collège de Médecine

qui nous a honoré de sa confiance et
fait bénéficier de son expérience.

En témoignage de notre gratitude
et de notre profonde reconnaissance.

A nos Maîtres d'Externat et d'Internat :

Monsieur le Docteur J. ANTONELLI

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur H. BROCARD

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Madame le Docteur G. GARCIA CALDERON

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Monsieur le Docteur J. HEPP

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur R. JUDET

Professeur de Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique.

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur J. MIALARET

Chirurgien des Hôpitaux,

Monsieur le Docteur M. MORIN

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. RAVINA

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Monsieur le Professeur P. SOULIE

Professeur de Clinique Cardiologique
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur WEISSMANN-NETTER

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Ils nous ont fait profiter de leur enseignement et de leur expérience, qu'ils trouvent ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

PLAN

I - OBJET DE L'ETUDE. DEFINITION

II - HISTORIQUE

a - L'ère nécroptique

b - L'ère chirurgicale

III - OBSERVATIONS PERSONNELLES

a - Métastase grèlique d'un néphro-épithéliome.

b - Adénocancer colique métastasé au grèle.

IV - ETUDE DES TUMEURS SECONDAIRES DU GRELE.

A - ETIOLOGIE :

a - Origine - La tumeur-mère : - Naevocarcinomes
- Cancers Epidermoïdes
- Cancers Glandulaires

b - Le Sexe.

c - L'Age

B - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

a - Macroscopie : - Nombre
- Siège

- Taille
- Aspect
- Complications

b - Microscopie : Types histologiques.

c - Voies de migration.

C - ETUDE CLINIQUE :

a - Les symptomes évocateurs, chroniques ou subaigus.

b - Les complications révélatrices.

D - ETUDE RADIOLOGIQUE :

a - Clichés sans préparation.

b - Opacification des organes voisins.

c - Transit du grèle.

d - Artériographie sélective et Lymphographie.

V - PLACE DES TUMEURS METASTATIQUES DANS LA PATHOLOGIE TUMORALE DU GRELE.

VI - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

A - Stade Clinique.

B - Stade Radiologique.

C - Stade Chirurgical et Anatomique.

VII - TRAITEMENT. PRONOSTIC

VIII - CONCLUSION

IX - BIBLIOGRAPHIE

X - TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Le diagnostic des tumeurs de l'intestin grèle a bénéficié, ces vingt dernières années, d'une meilleure étude de leurs symptômes et surtout des progrès des techniques de leur recherche ; de nombreuses publications y sont consacrées, mais elles laissent encore dans l'ombre les tumeurs métastatiques que l'on considère comme des curiosités ou des témoins irréfutables d'une extension cancéreuse terminale.

Nous pensons qu'une étude centrée sur elles se justifie, recherchant les problèmes qu'elles peuvent poser dans le cadre de la pathologie tumorale de l'intestin grèle.

oOo

CHAPITRE I

OBJET DE L'ETUDE : DEFINITION

En dehors d'une étude carcinologique pure - qui n'est pas notre propos - l'ensemble des localisations tumorales secondaires du grêle n'offre qu'un intérêt limité en clinique ; c'est pourquoi nous écartons les infiltrations du grêle habituellement observées dans les carcinoses diffuses terminales, pour lesquelles le problème diagnostique ne se pose plus. Nous circonscrirons notre étude aux nodules isolés qui évoluent localement de façon autonome en apparence et peuvent poser, de ce fait, un problème diagnostique et thérapeutique.

Par définition, nous étudierons les tumeurs qui répondent aux critères suivants :

1 - Tumeur (s) secondaire (s) isolée (s) du grêle, unique ou multiple, n'étant pas la conséquence d'une extension par contiguité d'une tumeur de voisinage (pancréas, colon, ovaire par exemple), ne faisant pas partie d'une carcinose péritonéale diffuse.

2 - Tumeur primitive découverte et prouvée, que ce soit avant, pendant ou après la découverte de la tumeur grêlique.

3 - Preuve histologique de la tumeur métastatique.

Nous retiendrons comme tumeurs métastatiques les épithéliomas malpighiens et glandulaires auxquels nous adjoindrons les mélanomes malins (appelés également naevocarcinomes ou mélanosarcomes, qui ne sont pas reconnus comme des sarcomes).

Seront éliminés, outre les adénocarcinomes primitifs et les carcinoïdes, les tumeurs bénignes dégénérées (adénomes, schwannomes...) et toutes les localisations sarcomateuses primitives ou secondaires (lymphosarcomes, fibro et myosarcomes, localisations grêliques des leucoses, réticuloses et autres hémopathies...).

oOo

CHAPITRE II

HISTORIQUE

- C'est CRUVEILHIER qui, en 1828, rapporte la première observation d'une métastase au grêle d'un "mélanosarcome" dans son Traité d'Anatomie Pathologique ; et LETULLE, en 1897, celle d'un cancer gastrique.

- Par la suite SMOLER, en 1900, décrit une invagination du grêle par tumeur mélanique secondaire.

- Raoul BENSAUDE, en 1906, étudie, le premier, les extensions du cancer gastrique aux segments du tube digestif sous-jacent (en particulier des linites), et il décrit en 1910 les rétrécissements rectaux par coulée cancéreuse dans le mésentère.

- Les rétrécissements multiples du grêle sont étudiés vers la même époque par PATEL, puis par WALTHER DANN ; dans leurs rapports, on relève des tumeurs multiples secondaires à des cancers de l'ovaire, de l'utérus, de l'estomac, de la vésicule biliaire.

- En 1914, le "Cancer en jante de l'attache mésentérico-intestinale" est décrit par CARNOT et BAUFFLE qui précisent qu'il peut être continu ou à rétrécissements étagés.

- A Lyon : MOLLARD en 1922, à propos d'un cancer gastrique puis CHAURAND en 1935, à propos d'un cancer du pancréas, étudient à leur tour les rétrécissements cancéreux étagés du grêle.

- En 1941, WILLIS étudie les protocoles de 500 autopsies complètes de cancéreux et retrouve dans 2 % des cas des tumeurs métastatiques au grêle.

Ainsi, jusqu'en 1950, il ne s'agit guère que d'études anatomiques.

- REBOUL, en 1953, découvre lors d'une radiographie du grêle, un rétrécissement jéjunal rapporté par la suite à une métastase d'un cancer malpighien à point de départ vaginal. DEBRAY & ROUX, à la même époque, publient une observation de mélanome malin iléal secondaire à une tumeur de la gencive.

- En 1955, au cours de discussions sur les tumeurs du grêle à l'Académie de Chirurgie, BROCQ, POILLEUX & TRONC ne retiennent que 96 tumeurs, toutes primitives, laissant délibéremment à l'écart les tumeurs métastasiques.

- Il semble que ce soit ESTRADE, la même année, qui le premier en France publie une observation de métastase au grêle avec cure chirurgicale et survie supérieure à 12 mois.

- Par la suite, on relève :

- une étude de CASTRO et DOCKERTY sur 101 tumeurs métastatiques du grêle observées en 50 ans à la MAYO CLINIC (1957) parmi lesquelles ils isolent 26 cas répondant aux critères de tumeurs limitées au grêle, sans carcinose péritonéale diffuse, avec preuve anatomique de la métastase et certitude du point de départ, toutes traitées chirurgicalement.

- la thèse de FRELOT, inspirée par CONTE, en 1958, à partir de deux cas personnels.

- les observations de PEYCELON, de LOUBET, de CATTAN & FRUMUSAN, de BOQUIEN & DELUMEAU, de VINCENT & FEROLDI et d'autres publiées de façon éparse et souvent fragmentaire.

- Citons encore le Mémoire à l'Académie de Chirurgie de IAN FRASER, qui retrouve 9 tumeurs malignes métastatiques sur 39 cancers du grêle ; le travail d'HAWK & FARMER à propos de 14 cas sélectionnés parmi les 87 tumeurs métastatiques observées à la CLEVELAND CLINIC FOUNDATION en 13 ans.

oOo

CHAPITRE III

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION n° I

- M. J.S., âgé de 37 ans, employé de bureau, est entré dans le service du Dr CACHIN le 4 avril 1966 pour :

DOULEURS ABDOMINALES ET HEMATURIE.

- Dans les antécédents, on relevait :

- une dysentrie amibienne compliquée d'abcès du foie, contractée en Indochine en 1950.

- une crise isolée de coliques néphrétiques droites en 1965 (aucune exploration urinaire n'avait été pratiquée).

- une cure de désintoxication alcoolique subie 3 mois auparavant au cours de laquelle une radioscopie pulmonaire pratiquée avait été normale.

- L'interrogatoire retrouve, précédant les troubles actuels, un épisode douloureux ayant évolué un mois auparavant :

DOULEURS

- de siège épigastrique et périombilical

- sans irradiations

- d'intensité assez modérée, comparées par le malade à une pesanteur ; une lourdeur.

- apparaissant sans horaire fixe, bien que plus volontiers post prandiales, entraînant d'ailleurs une réduction de l'alimentation.

- isolées, ne s'accompagnant ni de nausées, de vomissements, ni de troubles du transit.

- évoluant de façon capricieuse, cessant rapidement ou se prolongeant toute la journée, non influencées par divers antispasmodiques ou poudres alcalines...

- elles avaient progressivement régressé, sans toutefois disparaître, pour augmenter à nouveau, prendre un caractère de striction, de crampe sans accalmies franches, entraînant une anorexie presque totale.

- Une hématurie nocturne survient alors, décidant le malade à se faire hospitaliser.

- L'examen à l'entrée permet d'apprécier :

- l'atteinte de l'état général : malade amaigri, deshydraté, pâle, anémique et fébrile (T° 38°4) T.A. : 11/6 ; P. 80 ; la langue est propre et humide.

- l'abdomen est ballonné : météorisme périombilical modéré, sans ondes péristaltiques ; la paroi est souple; la matité préhépatique est conservée ; une discrète matité du flanc droit est notée.

- la douleur spontanée s'est atténuée, laissant place à une sensation de tension qu'exagère la pression de toute l'aire périombilicale ; elle ne s'accompagne ni de nausées ni de vomissements; par contre, le malade n'a pas eu de selles depuis trois jours, de gaz depuis 48 heures.

- le T.R. est normal, l'ampoule est vide.

- le reste de l'examen est normal en dehors d'une diminution du murmure vésiculaire à la base droite où l'on retrouve également quelques râles.

- Deux examens radiographiques sont alors pratiqués :

- des clichés d'abdomen sans préparation qui montrent des images hydro-aériques au niveau du grêle à nette prédominance jéjunale.

- un cliché du thorax qui montre des opacités nodulaires bilatérales à prédominance axillo-diaphragmatique, respectant les deux apex, de taille variable, entre 3 et 10 mm.

- Divers diagnostics sont discutés, parmi lesquels sont retenus comme plus vraisemblables :

- une tuberculose avec triple atteinte pulmonaire, rénale et entéropéritonéale d'évolution sévère sur ce terrain alcoolique et dénutri.

- un iléus réflexe à des coliques néphrétiques atypiques...

- On surseoit à l'intervention, et l'on institue un traitement antituberculeux associé à une aspiration et une réanimation.

- Les diverses explorations biologiques pratiquées ne font que confirmer :

- l'anémie : G.R. 3.430.000 - G.B. 3.400 dont 57 % de polynucléaires (hématocrite : 36 %).

- les troubles hydroélectrolytiques : D° - 0°54 ; Cl 92 meq ; Na 130 meq ; K 3,8 meq ; Urée 0,30 g.

- la dénutrition : prothrombine : 54 % ; cholestérol : 1,20 g ; albumine : 29 g °/oo.

- D'autres explorations sont pratiquées :

- toutes les recherches (F.O., examen O.R.L., étude du L.C.R., examens des urines, des expectorations) d'une preuve de la tuberculose restent négatives.

- une U.I.V. dont l'interprétation est considérablement génée par l'aéroiléie ; toutefois les deux reins secrètent et on peut suspecter, sans la préciser, une anomalie du rein droit.

- un lavement baryté qui montre l'intégrité du cadre colique : il est perméable sur tout son trajet et ne présente aucune image lésionnelle, mais il est refoulé de façon excentrique par des anses grêles très distendues.

- Le troisième jour, l'amélioration transitoire ne s'étant pas poursuivie et le diagnostic du tuberculose n'étant plus retenu, l'intervention est décidée.

- L'intervention pratiquée le 7 avril montre, dès l'ouverture de l'abdomen, une énorme dilatation en amont d'une invagination iléale : invagination par un seul cylindre sur une tumeur de la taille d'une mandarine, responsable par elle-même de l'occlusion. Le boudin est facilement désinvaginé, sa paroi est saine. Il n'est découvert aucune adénopathie suspecte mésentérique ni latéro-aortique; de même aucune métastase hépatique, aucun envahissement péritonéal.

Il est pratiqué une résection enlevant la tumeur, vingt centimètres de grêle en amont et en aval et le méso correspondant, suivie d'une anastomose termino-terminale en un plan.

- L'examen anatomopathologique montre :

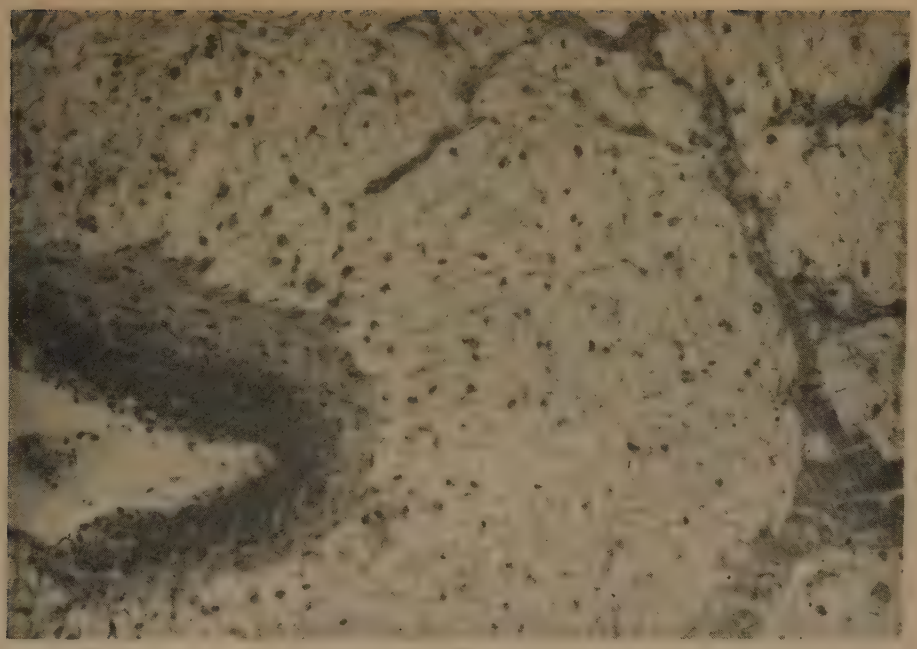
- macroscopiquement, à l'ouverture de la pièce, une tumeur ferme, lobulée, de coloration gris-blanchâtre, faisant saillie dans la lumière iléale et qui se présente sous un aspect ovoïde mesurant six centimètres dans son plus grand diamètre. A la coupe, elle est blanchâtre, non homogène du fait de zones de nécrose ou d'hémorragie, et elle soulève la muqueuse à son contact ; muqueuse qui paraît ulcérée dans sa partie centrale. Du fait de sa taille, bien qu'elle prédomine très nettement au niveau du bord mésentérique, elle occupe la presque totalité de la paroi.

Histologiquement, il s'agit en effet d'une masse non homogène, lobulée par des cloisons conjonctivo-vasculaires et se présentant tantôt sous un aspect hémorragique, voire même nécrotique, tantôt avec des plages parfaitement conservées. Topographiquement cette prolifération occupe la séreuse, la musculeuse, et fait saillie dans la lumière après avoir soulevé d'une part puis ulcéré la muqueuse. Dans les régions centrales, la prolifération tumorale est prolabée dans la lumière iléale et sa coque périphérique apparaît nécrotique et hémorragique. Dans le détail, il s'agit, en dehors de zones remaniées par des phénomènes vasculaires, d'une prolifération absolument monomorphe faites d'alvéoles de grandes cellules à cytoplasme clair à noyau relativement volu-

mineux, souvent irrégulier, représentant l'aspect absolument caractéristique d'un épithélioma à cellules claires du rein.

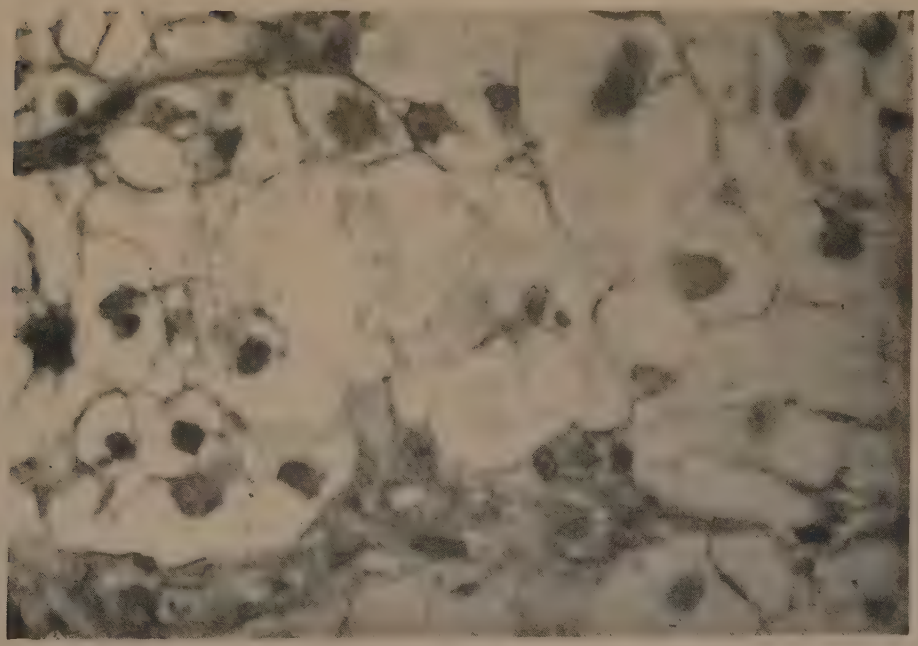
Conclusion : Métastase dans la paroi iléale d'un épithélioma à cellules claires du rein.

oOo



Microphotographie n° 1 - Faible grossissement :

Prolifération sous muqueuse de la métastase; en bas et à gauche, elle envahit et ulcère la muqueuse.



Microphotographie n° 2 - Fort grossissement :

Plage uniforme de cellules claires du rein disposées en alvéole.

OBSERVATION N° 2

Monsieur N.H., âgé de 64 ans, est admis à l'hôpital le 10 juin 1966 pour :

Syndrome douloureux abdominal et altération de l'état général

Le début des troubles remonte en fait à décembre 1965, date à laquelle il signale pour la première fois une constipation inhabituelle, une anorexie et une perte de poids ; il aurait été hospitalisé à N. où l'on aurait constaté une anémie et pratiqué divers examens radiologiques du tube digestif, en particulier un lavement baryté, qui auraient été normaux.

Après une période d'amélioration ou plutôt de stabilisation de trois mois, où l'on retrouve cependant des épisodes de constipation entrecoupés de quelques crises de diarrhée, le malade aurait été hospitalisé de nouveau en mai 1966, pour les mêmes symptômes, auxquels s'ajoutent alors des douleurs abdominales vagues : une seconde exploration radiologique du cadre colique aurait été entreprise et elle n'aurait montré alors aucune lésion organique.

Les troubles persistant, le malade est alors admis dans le service du Docteur SALLET.

A l'examen à l'entrée, le malade se présente : très amaigri (50 kg - perte de 7 kg en six mois) - pâle, anémique (globules rouges : 3.030.00 - hémoglobine 65 %).

A cette atteinte de l'état général, s'ajoutent :

- un tremblement sénile généralisé
- des séquelles d'hémiplégie gauche datant de trois ans.
- un terrain athéromateux avec aspect précocement sénile.
- le coeur est lent mais irrégulier. La tension artérielle à 13/7.

Il se plaint, outre de la constipation et de l'anorexie persistantes, de DOULEURS ABDOMINALES :

- initialement (un mois auparavant), il ne s'agissait que de sensations de tension, de plénitude épigastrique, de "digestions longues et pénibles" : le malade fragmente son alimentation, se dégoute de certains aliments (viande et graisse), puis de tous les solides, sans dysphagie, ni vomissements.

- puis progressivement leur intensité n'a fait que croître, et sur ce fond de lourdeur post-prandiale, des douleurs plus vives apparaissent, de siège périombilical, à type de tension sourde, de striction et parfois même de crampe vive.

- leur survenue est post prandiale précoce : une demi-heure à une heure après le début des repas, parfois même plus précoce encore, au cours du repas ; le malade en montrant un point sus ombilical précise qu'il sent "un arrêt". Il ajoute même que la douleur cède souvent dans "un déclic" avec sensation de soupape qui s'ouvre "avec un bruit de chasse d'eau".

- elles finissent par persister entraînant une anorexie pratiquement totale.

On ne relève aucun vomissement, aucun arrêt des gaz ; le malade a présenté le jour même une selle noirâtre : A l'examen de l'abdomen on note :

- un discret météorisme diffus.
- la paroi est souple, se laisse déprimer
- mais surtout la palpation découvres 2 MASSES :

- l'une est sous ombilicale, légèrement latéralisée à droite, se prolongeant vers la fosse iliaque droite ; son contour externe est assez bien limité à convexité externe ; son contour interne n'est pas perçu sous le grand droit ; elle est sensible, de consistance irrégulière, molasse par endroit, ailleurs franchement ferme ; son pôle inférieur n'est pas perçu non plus, masqué par la caecum que l'on perçoit gargouillant et sonore ; elle est légèrement mobilisable, se laissant refouler par la main mais semble fixée au plan

Il ne pleut, entre de la suspension « de Provence, pas ni tonne, de

- Initialement [illegible] il ne [illegible] de
[illegible] de [illegible], le plafond [illegible], de "[illegible]
plafond" : le mot de [illegible] son [illegible], se [illegible] de [illegible]
[illegible] (vague et [illegible]), mais de tous les [illegible], sous [illegible], ne [illegible]
[illegible].

[illegible]

[illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible],
[illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible].

- [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[

profond, alors qu'elle n'adhère pas aux plans superficiels ; son volume est celui d'un poing.

- l'autre, plus petite, arrondie, de la grosseur d'une prune, sus et latéro-ombilicale droite, est mobilisable de dehors en dedans, dure, indolente et mate.

- la palpation entraîne en gargouillement, réveille la douleur et quelques bruits hydro-aériques ; on n'observe pas d'ondes péristaltiques.

- le toucher rectal est normal : l'ampoule est vide, les parois souples ; le pôle inférieur de la masse n'est pas perçu.

Deux examens radiologiques sont pratiqués :

- le transit gastro-duodénal permet d'éliminer une lésion gastrique et duodénale, mais objective un rétrécissement irrégulier de la première anse jéjunale qui présente des images lacunaires avec disparition des plis muqueux au-dessus d'une zone dilatée avec aspect en pile d'assiettes (cliché n° I).

- le transit du grêle montre à la trentième minute une première anse jéjunale dilatée, refoulée devant le cadre duodénal, en amont d'un défilé tortueux, très irrégulier au centre duquel on note une image d'ulcération (cliché n° 2). Une demi-heure après : il existe une image d'invagination sur la première anse et juste au-dessus d'une sténose très serrée une zone dilatée de 5 cms de long environ où tout relief muqueux a disparu ; la deuxième anse, injectée, est refoulée en bas dans le pelvis, la distance entre les deux anses est à peu près de 7 cms (cliché n° 3).

- A la huitième heure, il persiste une flaque de baryte en amont de la sténose, alors que le cadre colique est en partie injecté, permettant d'objectiver une virole ulcérée de l'angle droit (cliché n° 4).

Cliché n° 1 -
Transit gastroduodénal

Cliché n° 3

Transit du grêle : 60e minute.

Cliché n° 2

Transit du grêle : 30e minute

Cliché n° 4

Transit intestinal : 8e heure

L'intervention est décidée, malgré le mauvais état général : dès l'ouverture de l'abdomen, on note une importante dilatation de la première anse jéjunale, refoulée par une énorme masse mésentérico-jéjunale de la taille d'un pamplemousse, fixée, inextirpable, adhérant intimement à des anses grêles : anastomose entéro-entérique, latéro-latérale. Il existe une métastase du lobe droit, adhérant à une masse tumorale de l'angle droit :Biopsie.

L'examen anatomo-pathologique précise qu'il s'agit d'un adénocarcinome glanduliforme avec transformation colloïde du stroma.

Le Malade est décédé 8 jours après l'intervention ; (il n'a pu être pratiqué d'autopsie).

oOo

CHAPITRE IV

ETUDE DES TUMEURS SECONDAIRES DU GRELE

Pour cette étude nous avons utilisé, en plus de nos deux observations personnelles, les observations publiées à ce sujet : nous en avons découvert cent vingt-trois ; nous ne pensons pas avoir retrouvé tous les cas publiés ; de plus, il est certain qu'il en est un grand nombre qui, bien que reconnus, n'ont pas fait l'objet d'une publication ; enfin, parmi les cent vingt-trois observations retenues, quelques-unes étaient fragmentaires, incomplètes et n'ont pu servir à toutes les études que nous nous sommes proposées. Néanmoins, nous estimons que le nombre en est suffisant pour une étude significative.

A - ETIOLOGIE

1 - ORIGINE : La tumeur primitive.

Selon les trois groupes principaux : Naevocarcinomes, Epithéliomas malpighiens et Adénocarcinomes, nous avons cherché une prédominance ou une incompatibilité ; de même avec l'organe ou le tissu d'origine.

a - Les Métastases des Naevocarcinomes.

- Nous en avons retrouvé 42 cas.
- Elles représentent une forte proportion des tumeurs métastatiques du grêle : le tiers.
- Les statistiques d'autopsie d'ailleurs plaident en ce sens :

- JUST, sur 112 autopsies de malades décédés de Naevo-carcinomes, trouve 35 fois une ou plusieurs localisations digestives (31 %).

- P. BONNET, sur 174 mélanomes malins, découvre dans 27 % des cas, au moins une localisation secondaire du grêle, mais il faut remarquer qu'il découvre également dans 33 % des cas une ou plusieurs autres localisations cutanées et dans 85 % des cas une localisation hépatique, que les localisations dans les poumons et le cerveau sont également plus fréquentes que sur le grêle.

- Les mélanoses terminales n'offrent pas d'intérêt diagnostique et sont exclues de notre étude ; ainsi nous n'avons retrouvé que 42 cas correspondant aux critères de définition.

- Le siège d'origine est le plus souvent la peau, mais ce peut être l'oeil (conjonctive, iris ou choroïde) comme dans un cas de KATZ, les muqueuses (anorectale et buccale en particulier) comme dans le cas de DEBRAY (gencive) et celui de BOQUIEN (voute palatine), les méninges.

- Les métastases au grêle peuvent être récidivantes comme le rapporte MAXWELL qui, intervenant pour une occlusion, découvre une métastase mélanique du grêle 3 ans après une cure de mélanome malin cutané ; il vérifie l'intégrité des autres segments et pratique une résection ; deux mois après, nouvelle occlusion et seconde entérectomie pour une seconde métastase mélanique. ROBB signale également avoir pratiqué l'ablation de 2 métastases successives d'une tumeur mélanique cutanée : l'une duodénale, deux ans après la première intervention ; l'autre jéjunale, neuf ans après !

Nous citerons, pour illustrer ces cas, deux observations :

- l'une de HAWK et FARMER où il s'agit d'un homme de 29 ans, venu consulter pour asthénie et douleurs abdominales péri-ombilicales évoluant depuis 3 semaines ; l'interrogatoire apprend qu'il présente par intermittence des selles noires et goudronneuses. Par ailleurs il a subi, 20 mois auparavant, l'exérèse d'un mélanome malin du dos, suivie 6 mois après d'un

curage axillaire droit systématique, sans envahissement ganglionnaire confirmé. Les examens ne décèlent qu'une anémie. C'est la radiographie du grêle qui objective une dilatation jéjunale avec dans le segment sous-jacent une perte du relief muqueux sur 12 cm. La laparotomie découvre 4 nodules métastatiques du jéjunum et 2 de l'iléon ; la résection en est possible.

Il était en bonne santé, sans métastases décelables 18 mois après.

- l'autre de DEBRAY et ROUX où il s'agit d'un homme de 37 ans, opéré 3 ans auparavant d'un Naévocarcinome de la gencive supérieure. Il présente un méloena discontinu depuis 3 mois avec une anémie importante. L'examen ne découvre aucun autre signe. Les explorations gastroduodénale, oesophagienne et colique étant normales, le grêle est suspecté par élimination ; le transit du grêle permet alors de découvrir un rétrécissement irrégulier de l'iléon : cavité étroite, irrégulière à contours polycycliques. L'intervention découvre une tumeur iléale unique, grosse comme un poing, végétante et friable ; il n'est pas découvert d'autres métastases. L'examen histologique affirme qu'il s'agit d'un naevocarcinome fusiforme. Le malade décède, 3 mois après l'exérèse, d'une mélanose diffuse.

b - Les Métastases d'Epithéliomas Malpighiens.

Leur groupe est proportionnellement le moins important, puisqu'elles ne représentent que 24 % des tumeurs de cette étude.

Elles proviennent d'organes très différents, mais un fait est à souligner d'emblée : la relative fréquence de l'origine cervico-utérine (16,8 % des cas) ce qui avait déjà été remarqué par PEARSON & GARCIA en 1941, qui, sur 72 autopsies de femmes décédées de cancer du col utérin découvraient 9 fois une localisation secondaire au grêle ; sur ces 9 localisations, d'ailleurs, une seule avait été reconnue pré-mortem à l'occasion d'une intervention pour occlusion intestinale.

Dans leur étude DE CASTRO & DOCKERTY, après avoir rappelé les cas de POWEL et de GERWIG, en retrouvent 8 sur leurs 26 cas de tumeurs secondaires ; HAWK et FARMER en signalent à leur tour 5 parmi leurs 14 cas.

Certaines de ces métastases peuvent être découvertes longtemps après la cure du cancer primitif : FARMER en rapporte une découverte 10 ans après et BOQUIEN une autre révélée par une fistule entéro-vaginale survenue 20 ans après l'hystérectomie totale.

En dehors du col utérin, les autres points de départ sont très rares ; nous avons retrouvé :

- 2 métastases provenant d'un épithélioma de l'oesophage (l'une d'entre elles, rapportée par BONNET dans sa thèse, s'est révèlée par un syndrome occlusif et c'est l'examen histologique de la pièce d'entérectomie qui a permis de découvrir la tumeur oesophagienne primitive).

- 2 autres provenant du pharynx (CONTE & FRELOT, BOQUIEN).

- 2 d'origine broncho-pulmonaire : l'une rapportée par WILLIS et associée à des métastases surrénales ; l'autre est le cas publié par CONTE d'un homme de 49 ans pneumonectomisé pour un épithélioma cylindrique à différenciation malpighienne partielle et qui 3 mois plus tard présente une anémie grave, un mélaena et un épisode sub-obstructif ; à l'autopsie on découvrit un nodule hépatique, 2 métastases surrénales et une masse dure saillant dans la lumière du grêle ; cette dernière partiellement nécrosée était formée d'un épithélioma malpighien épidermoïde semblable aux 3 métastases.

- les 3 autres cas concernent le vagin, les cavités excrétrices rénales (DOCKERTY) et un épithélioma spino-cellulaire originaire de la peau du menton.

c - Les Métastases d'Adénocarcinomes.

- Nous en avons retrouvé 53 cas (42,4 %). Elles constituent le groupe le plus important mais proviennent d'organes très différents.

- Une première remarque, à leur sujet, s'impose : la place qu'occupent parmi elles les métastases provenant d'organes intra-péritonéaux - 37 fois sur 53 - dont les cancers évoluent souvent vers la diffusion péritonéale.

- Ce sont le Colon et le Rectum, qui sont le plus souvent en cause : 19 cas. Puis viennent l'Estomac : 8 cas, les Ovaires : 6 cas, le Pancréas : 3 cas, et la Vésicule Biliaire : 1 cas.

- Parmi les autres organes d'origine, nous retrouvons :

- Le Poumon, 4 fois - dont un cas intéressant de HAWK où l'on découvre, à l'occasion d'une occlusion, une métastase iléale d'un cancer glandulaire anaplasique ; toutes les recherches pendant 4 mois du foyer primitif ont été vaines et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvrit l'origine pulmonaire.

- le Rein (hypernéphrome) est cité une fois par GRIEP en 1939 où comme dans notre cas la métastase a été révélatrice.

STARR et MILLER en rapportent également un cas en 1952 dont la métastase est survenue 20 ans après la néphrectomie.

- Enfin parmi les 3 cas de CASTRO, 2 sont des hypernéphromes.

- Le Sein est en cause 7 fois ; nous n'avons retrouvé qu'une observation américaine, celle de TILLOTSON et DOUGLAS, qui, chez une femme de 49 ans présentant un syndrome de Koenig et une masse du flanc droit, ont découvert au transit du grêle une anse iléale rigide, à bords déchiquetés, fixe et éloignée en permanence des anses voisines ; la laparotomie a permis de découvrir une métastase iléale de structure identique à celle d'un cancer du sein droit opéré 4 ans plus tôt.

- En France, par contre, FRELOT en a colligé 2 cas, BROCQ et POILLEUX , en 1955, en ont présenté un cas et, plus récemment, nous en avons trouvé trois cas publiés par MAILLET et Col., FONTAINE et Col., BOQUIEN et Col.

Tableau résumant le lieu d'origine de la Tumeur Secondaire du Grêle

(d'après 125 cas)

Type de TUMEUR	Organe ou Tissu d'origine	Nb. de cas	%
I. NAEVOCARCINOMES		42	33,6 %
	Téguments	39	
	Choroïde (KATZ)	1	
	Gencive (DEBRAY)	1	
	Voûte palatine(MOUSSEAU)	1	
II. EPITHELIOMAS MALPIGHIENS.		30	24 %
	Col Utérin	21	16,8 %
	Vagin	1	
	Pharynx	2	
	Oesophage	2	
	Rein(cavité excrétrice)	1	
	Peau	1	
	Bronches	1	
III. ADENOCARCINOMES		53	42,4 %
	Colon et Rectum	19	15,2 %
	Estomac	8	
	Pancréas	3	
	Vésicule biliaire	1	
	Ovaires	6	
	Seins	7	
	Bronches	4	
	Reins	5	

2 - L'AGE

- La majorité des cas a été observée chez des malades au cours de leur 5e ou 6e décade ; l'âge moyen est de 52,7, les âges extrêmes étant de 29 ans et de 84 ans.

- Ces chiffres correspondent à ceux trouvés par DOCKERTY :

. âge moyen : 50,7 ans

. âges extrêmes : 30 et 64 ans

et à ceux de HAWK :

. âge moyen : 57 ans

. âges extrêmes : 29 et 75 ans.

- Deux remarques toutefois :

. l'âge moyen pour les femmes est un peu plus bas que pour les hommes, du fait de la fréquence des cancers du col qui surviennent le plus souvent au cours de la 5e décade.

. l'âge moyen des malades atteints de métastase de mélanomes malins est également inférieur : 48,1 ans, ce qui s'explique également par la fréquence des naevocarcinomes avant 50 ans.

- Il a été déjà remarqué d'ailleurs que les métastases sont d'autant plus fréquentes que le cancer survient chez un sujet jeune et quels que soient la nature et le siège de la tumeur maligne (ainsi FAUVET rapporte que le cancer gastrique donne dans 65 % des cas des métastases lorsqu'il apparait au cours de la 4e décade, mais n'en donne plus que dans 42 % des cas lorsqu'il survient dans la 8e).

3 - LE SEXE

- Sur 99 cas, nous retrouvons 60 femmes - soit 3 femmes pour 2 hommes : à première vue, ces chiffres s'expliquent aisément lorsqu'on sait que le point de départ, sur 125 cas, est utérin, ovarien ou mammaire 35 fois.

- On peut incriminer la situation anatomique pour l'ovaire qui est intra-abdominal à la différence du testicule dont nous n'avons retrouvé aucune citation de métastase au grêle.

- Un phénomène hormonal ou simplement tissulaire (peut-être très indirect) est probablement en jeu, en ce qui concerne la greffe entérique de métastases utérines puisque les dispositions vasculaires et lymphatiques sont les mêmes pour l'utérus et pour la prostate et qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de métastases au grêle de cancers prostatiques - (D'ailleurs, le cancer de la prostate donne dans 72 % des cas des métastases osseuses alors que les cancers utérins n'en donnent que dans une proportion de 2 %).

B - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1 - ETUDE MACROSCOPIQUE

a - Nombre :

- Elles sont multiples dans 53 % des cas;

- Elles peuvent être nombreuses : CARNOT & BAUFFLE, DESJACQUES par exemple, ont décrit des sténoses à 5,6 et même 14 rétrécissements étagés ; les tumeurs mélaniques secondaires sont parfois très nombreuses et diffuses (intéressant le duodénum et l'estomac en plus du grêle).

- Dans nos 2 cas elles étaient uniques.

b - Siège :

- Leur siège habituel semble être la portion préterminale de l'iléon, comme l'a souligné DE CASTRO ; on y retrouve 55 % d'entre elles. Lorsqu'elles sont multiples, elles peuvent siéger sur des segments voisins ou être très distantes - ce qui a une incidence sur les possibilités d'exérèse.

c - Taille :

- Leur taille est très variable ; elles peuvent être très volumineuses (surtout les formes avec infiltration mésentérique - tel, le cancer en jante) atteignant 10 ou 15 cm. dans leur grand axe ; elles peuvent être

petites (nodules intra pariétaux) ne dépassant guère 1 cm de diamètre. DE CASTROsur 26 cas précise que le diamètre moyen était situé entre 3 et 5 cm ; en fait, leur symptomatologie ne dépend pas tant de leur taille que de leur situation par rapport à la lumière intestinale. Dans la plupart des cas rapportés, il s'agit de tumeurs grosses comme un poing, une orange, une noix. Dans nos 2 cas, l'une avait 6 cm de long, l'autre 10 cm. Et pour cette dernière, en particulier, l'occlusion n'a été précédée de signes cliniques que pendant 1 mois.

d - Aspects morphologiques :

- On peut classer les tumeurs métastatiques du grêle en 3 groupes morphologiques :

I - Les tumeurs mésentérico-entériques qui sont les plus fréquentes et les plus volumineuses ; leur masse principale est mésentérique :

- BENSAUDE les a décrit comme de grosses bagues à châton, dont le châton s'insérait dans le mésentère et dont l'anneau étranglait le grêle.

- Elles infiltrent la paroi du grêle de dehors en dedans, atteignent la muqueuse qu'elles refoulent et ulcèrent. Lorsqu'elles réalisent une virole elle est losangique à grande diagonale mésentérique ; c'est en particulier le cas de notre observation n° 2 (cf. documents radio n° 2 et 3) où la masse occupe presque toute la longueur de mésentère, refoule les anses grêles, n'infiltre que la première mais sur une longue étendue, et ne ferme sa pince que sur un court segment.

- Au maximum est réalisé le "cancer en jante" de CARNOT : "le noyau néoplasique siège à l'attache mésentérique de l'intestin ; tandis que la partie flottante de l'intestin reste libre, souple, sans sténose annulaire, son attache mésentérique au contraire est représentée par une bande épaisse et indurée bombant dans la lumière qu'elle rétrécit en partie".

II - Les tumeurs infiltrantes intrapariétales qui, selon leur degré de développement réalisent :

- soit des squirhes en virole, provoquant une sténose annulaire assez semblable aux adénocancers primitifs.

- soit des nodules intrapariétaux irréguliers, ombiliquant et rétractant la séreuse en dehors - aspect en "coquilles de beurre" décrit par DOCKERTY -, soulevant, déplissant et ulcérant la muqueuse en dedans, c'est le cas de notre observation n° I.

III - Les tumeurs polypoïdes, masses végétantes sessiles ou pédiculées, faisant saillie dans la lumière intestinale.

En fait, ces aspects sont souvent mixtes et toute tumeur à développement important infiltre toute la paroi, envahit le mésentère et effondre la muqueuse (HAWK).

e - Complications :

I - L'occlusion est l'aboutissement habituel de ces tumeurs ; elle est complète ou incomplète ; elle est parfois étagée, les anses étant dilatées en amont de la plus serrée ou de la plus haute. Les mécanismes observés sont variés, parfois associés ; assez souvent, c'est la masse elle-même qui est la cause directe :

- soit par strangulation progressive en constituant une virole circulaire.

- soit par obturation, par croissance intra-luminale.

- soit par écrasement - refoulement (cancer en jante).

Mais la masse peut agir indirectement :

- soit en amorçant une invagination et c'est fréquent dans les formes intrapariétales et polypoïdes (en cas de naevocarcinome secondaire notamment).

- soit en provoquant un volvulus (FARMER).

- soit enfin, en rétractant le mésentère et coudant le grêle.

II - Les ulcérations et la nécrose sont fréquentes.

L'ulcération de la muqueuse explique les hémorragies distillantes et la grande fréquence de l'anémie.

La nécrose de la masse peut se faire de part en part, aboutissant à une perforation qui peut se faire dans le péritoine libre (HAWK), dans un autre anse grêle avec fistule entéro-entérique (TILLOTSON), dans le vagin avec fistule entéro-vaginale (BOQUIEN).

2 - ETUDE MICROSCOPIQUE

- L'étude histologique des métastases du grêle est essentielle : elle seule permet d'affirmer la nature secondaire de la tumeur et de prouver sa filiation à la tumeur mère, ce qui offre d'ailleurs des difficultés variables. Elle permet aussi, dans les cas plus rares il est vrai où la tumeur paraissait primitive, de découvrir une tumeur mère, ce qui a une incidence thérapeutique et pronostique considérable.

I - Les métastases malpighiennes.

Il n'existe pas, normalement, dans le grêle de tissu malpighien ; la découverte de tumeur maligne malpighienne à ce niveau impose le diagnostic de métastase.

Les formes histologiques retrouvées sont le plus souvent des cancers épidermoïdes différenciés (col utérin), parfois peu différenciés (col utérin, oesophage) ou mixte : épithélioma cylindrique avec métaplasie épidermoïde (poumons).

Ces métastases donnent indifféremment des formes infiltrantes, intrapariétales et des masses mésentérico-entériques.

II - Les métastases des Naevocarcinomes.

Elles associent en proportion variable des cellules cuboïdes d'aspect épithélial et des cellules fusiformes d'aspect sarcomateux ; le plus souvent brunes ou noirâtres (mélanine) elles peuvent être achromiques posant un problème diagnostic avec un épithélioma spino-cellulaire ou un fibro-sarcome (nécessité de coloration spéciale : Fontana).

Découvertes au cours de l'évolution d'un naevocarcinome connu, ces localisations au grêle peuvent être affirmées métastatiques ; il en va autrement lorsqu'aucune autre tumeur mélanique maligne ne peut être mise en évidence (il en existe plusieurs cas : GORDON en dénombrait 8 en 1941, et depuis nous connaissons les cas publiés de BANZET, CIVATTE et DELARUE; VINCENT et FEROLDI ; CACHIN).

Si certains affirment la possibilité de naevo-carcinomes primitifs gastro-entériques, la plupart des auteurs soutiennent une origine épidermique dysembryoplasique et ne retiennent, comme siège primitif, que les tissus malpighiens (téguments, muqueuses ORL et génitales), la choroïde et les méninges (ils admettent quelques ilots ectodermiques hétérotypiques dans la muqueuse rectale au-delà de la ligne cutanéo-muqueuse). Les autres localisations seraient toujours secondaires à des lésions passées inaperçues même à l'autopsie (naevi-achromiques, localisations oculaires, rectales, méningées ...).

Ces naevocarcinomes secondaires du grêle peuvent donner des masses mésentérico-entériques ou des infiltrations intrapariétales, mais elles ont une nette tendance à déterminer des formations polypoïdes. Elles ont pour autres caractères dominant la fréquence de leur multiplicité et leur propension à l'ulcération.

WILLIS, qui en a observé 45 cas (autopsie), les décrit comme des nodules sous muqueux arrondis ou plans, soulevant la muqueuse qu'ils fixent et qu'ils ulcèrent, apparaissant alors soit comme des polypes ulcérés,

soit comme des nodules ombiliqués ; l'ulcération est en général large et centrale, noire ou brunâtre.

III - Les métastases des épithéliomas glandulaires.

Leur type histologique est variable :

Certains aspects n'offrent pas de difficultés diagnostiques, que la tumeur primitive soit connue ou pas, ainsi :

- les cancers à cellules claires du rein (notre cas n° 1 - les cas de STARR, de GRIEP, de CASTRO).

- les cancers anaplasiques à petites cellules en grain d'avoine du poumon (cas de HAWK).

- les cystadénomes séreux papillaires de l'ovaire (HAWK).

D'autres, au contraire, posent des problèmes diagnostiques difficilement solubles, c'est le cas notamment des épithéliomas glandulaires liberkuhniens typiques ou peu différenciés et de certains adénocarcinomes mucoïdes et atypiques, qui peuvent être des cancers primitifs du grêle, ou qui peuvent rentrer dans le cadre des cancers multiples.

Dans tous les cas, quels que soient le type et le groupe histologique, un caractère particulier est à signaler, c'est l'évolution de dehors en dedans du processus néoplasique, son départ extramuqueux au pôle mésentérique vers la lumière intestinale.

3 - LES VOIES DE MIGRATION

Les voies de migration habituellement admises sont par ordre de fréquence : les lymphatiques, les vaisseaux sanguins, les cavités naturelles.

Dans les localisations secondaires du grêle, si l'on peut retenir théoriquement certaines voies de migration autres que lymphatiques et sanguines, il semble que ce soit là des faits d'exception, difficiles à contrôler; ce peut être :

- une greffe par ensemencement spontané (chute de cellules néoplasiques à l'intérieur de la cavité péritonéale) ou provoqué, lors d'une première intervention abdominale contre la tumeur-mère ; la greffe serait primitivement péritonéale...

- une greffe de cellules néoplasiques desquamées en amont et transitées par le tube digestif (ceci pourrait expliquer les localisations secondaires de l'iléon à des tumeurs gastriques, oesophagiennes et même bronchiques, mais la progression de dehors en dedans des métastases observées plaide contre cette greffe primitivement muqueuse).

La propagation lymphatique est sûrement très fréquente, du moins c'est la plus vraisemblable pour expliquer les localisations secondaires au grêle de tumeurs intra-abdominales (qui représentent le tiers des tumeurs d'origine et près de la moitié si l'on y inclue les tumeurs du col utérin dont les lymphatiques sont drainés par la citerne de PECQUET). La propagation lymphatique au grêle a d'ailleurs souvent pour preuve la présence d'adénopathies cancéreuses intra-abdominales en particulier mésentériques ; à la classique embolie lymphatique rétrograde lors d'un blocage d'un groupe central, il faut ajouter certaines extensions directes où il n'est d'ailleurs pas toujours prouvé qu'elles suivent des voies lymphatiques directes préexistantes ; des coulées cancéreuses se propageant dans les espaces celluleux ont parfois provoqué un envahissement tel qu'il est impossible de retrouver les tissus lymphatiques normaux. Notre deuxième observation nous parait être un exemple démonstratif de métastase par extension lymphatique : squirre de l'angle gauche, extension lymphatique le long du pédicule colique supérieur droit, blocage des lymphatiques mésentériques supérieurs centraux, extension continue ou par voie rétrograde des lymphatiques de la première anse jéjunale puis de la paroi intestinale elle-même.

Dans les cas analogues, il est malaisé de distinguer entre métastase stricto sensu et extension de proche en proche.

La propagation sanguine peut seule expliquer les métastases des naevocarcinomes et de la plupart des localisations secondaires de tumeurs rénales, mammaires, bronchiques. Certes, il pourrait s'agir dans quelques cas (cancer du sein, par exemple) d'embolie lymphatique rétrograde par le canal thoracique, mais dans la plupart des autres cas, la voie artérielle est la plus vraisemblable : cancer du rein métastasé aux poumons et, de là, seconde embolie vers le grêle, ce qui est plus logique que l'éventuelle voie de BOTSON avec embolie veineuse rétrograde par les anastomoses réno-portales.

C - ETUDE CLINIQUE

Le diagnostic est porté habituellement à l'occasion d'un épisode aigu, dont le dénouement est rapidement ou immédiatement chirurgical, et c'est la laparotomie exploratrice complétée de l'examen histologique qui précise la réalité d'une tumeur et sa nature ; en fait, l'interrogatoire - souvent à posteriori - retrouve pratiquement toujours des symptômes évocateurs préalables.

Dans nos deux observations, l'intervention a été précédée de troubles qui ont évolué un mois auparavant (pour l'observation n° 2, nous mettons la constipation et l'altération de l'état général sur le compte du cancer colique primitif). HAWK a retrouvé constamment des signes prémonitoires aux accidents aigus dont certains chroniques et intermittents ont égaré le diagnostic pendant six mois et plus ; DOCKERTY les retrouve également toujours, s'étalant entre 8 jours et 16 mois ; la majorité des autres auteurs les signalent également.

1 - LES SYMPTOMES EVOCATEURS CHRONIQUES OU SUBAIGUS

a - LA DOULEUR

C'est le symptôme le plus constant ; dans 67 observations, elle est rapportée 58 fois (87 %).

Elle a des caractères variables : tantôt d'apparence banale, telle que pesanteur abdominale rapportée par le malade comme une simple "difficulté à digérer" souvent hâtivement intégrée dans le cadre d'une éventuelle dyspepsie hyposthénique... tantôt l'intensité est plus vive, à type de tension sourde et persistante ou même de striction ou franchement de crampe pouvant évoquer la douleur ulcéreuse, pour peu qu'elle ait un certain rythme prandial... elle devient très évocatrice lorsqu'elle s'intégre dans un syndrome de KOENIG, avec son météorisme et ses ondes péristaltiques disparaissant soudainement avec des borborygmes et une crise de gaz et de diarrhée.

Elle a aussi quelques caractères particuliers : son siège périombilical ou hypogastrique ; son évolution progressive, crescendo ; ses aspects négatifs : pseudo-appendiculaire, pseudo-vésiculaire, pseudo-colitique, pseudo-gastrique, alors que toutes les explorations de ces organes les révèlent normaux.

On peut penser que les douleurs discontinues sont en rapport avec soit une ulcération ou une invagination, soit plutôt une distension brutale de l'anse en amont de la sténose, que les douleurs continues sont en rapport avec une infiltration cancéreuse des mésos.

b - L'AMAIGRISSEMENT

C'est un signe fréquent, retrouvé 36 fois dans 62 cas. Il est quelquefois impressionnant par sa profondeur et sa rapidité. Il va de pair, en règle avec l'anorexie, cette dernière toujours aggravée par l'apparition de douleurs post-prandiales. Il peut s'expliquer facilement lorsqu'il existe des vomissements ou de la diarrhée. Enfin, il est probable qu'une malabsorption puisse être en jeu, par infiltration mésentérique et blocage lymphatique.

c - L'ANEMIE

Elle est retrouvée dans plus de la moitié des cas. Elle est rarement la conséquence d'une hémorragie intestinale importante, patente cliniquement (un MELAENA n'est rapporté que dans 20 % des cas) mais

plutôt celle d'hémorragies distillantes chroniques, en rapport avec la fréquence des ulcérations muqueuses au niveau de la tumeur - comme nous l'avons signalé dans l'étude anatomopathologique.

d - LES VOMISSEMENTS

Ils dépendent essentiellement du degré de la sténose et de sa situation par rapport à l'angle duodéno-jéjunal ; les vomissements bilio-alimentaires post prandiaux précoces et répétés sont hautement évocateurs d'une sténose sous vatérienne, jéjunale haute.

e - LES TROUBLES DU TRANSIT

Par ordre de fréquence, nous trouvons : la CONSTIPATION (27 fois) ; la DIARRHEE (13 fois) ; elles peuvent d'ailleurs alterner.

f - LES SIGNES PHYSIQUES

L'examen clinique s'il met souvent en évidence des signes propres à l'amaigrissement et à l'anémie reste par ailleurs bien souvent négatif.

Il peut cependant objectiver un certain degré de météorisme périombilical, ce qui est signalé 13 fois.

La perception d'une MASSE ABDOMINALE, si elle représente une valeur diagnostique considérable reste toutefois un symptôme rarement retrouvé (une fois sur dix). Une palpation minutieuse, en fait, devrait percevoir les tumeurs ayant atteint quelque volume, ce qui est le cas de la plupart des tumeurs métastatiques dont le diamètre moyen serait de 4 cm; GOOD, d'ailleurs, sur 355 tumeurs primitives du grêle, rapporte qu'une masse a été perçue dans 39 % des cas. La difficulté tient du fait que la tumeur peut rester longtemps mobile, se masquer derrière les grands droits ou plonger dans le détroit supérieur ou encore être cachée sous des anses dilatées; le toucher rectal ne peut les percevoir que lorsqu'elles sont prolabées dans le DOUGLAS.

- A ce propos rappelons l'observation d'une femme de 67 ans, opérée 28 mois plus tôt d'un cancer de l'ovaire et chez laquelle un examen systématique a découvert comme seul signe une masse abdominale que le transit du grêle a confirmé ; l'intervention a permis de découvrir une tumeur métastatique de l'iléon.

Tableau résumant les symptômes évocateurs (sur 62 cas)

	Nombre de cas	%
Douleur abdominale	57	92 %
Anémie	37	59 %
Amaigrissement	36	58 %
Vomissements	30	48 %
Constipation	27	44 %
Diarrhée	13	21 %
Météorisme abdominal	13	21 %
Mélaena	12	20 %
Masse perçue	6	10 %

En résumé, les complications aigues révélatrices sont précédées presque toujours de symptômes évocateurs parmi lesquels domine la douleur associée trois fois sur cinq à un amaigrissement et à une anémie et,

une fois sur deux, à des signes de sténose, haute (vomissements) ou basse (constipation).

On peut isoler en outre, selon la symptomatologie :

- des formes hémorragiques, qu'il s'agisse de mélaena ou d'hémorragies occultes dépistées par l'épreuve de WEBER. Elles sont fréquentes dans les cas de naevocarcinomes sans leur être spécifiques.

- des formes pseudo-ulcéreuses assez spécifiques des localisations hautes et multiples (gastro-duodéno-jéjunales) des naevocarcinomes qui peuvent, dans ces cas, être aperçus en gastroscopie comme des ulcérations à cratères bruns ou noirs encastrées dans un bourrelet qui soulève la muqueuse (BANZET, DELARUE et Col.).

La laparoscopie permet parfois d'objectiver sur le foie un nodule secondaire ou un semi de truffes noirâtres (mélanose diffuse).

2 - LES COMPLICATIONS REVELATRICES

a - LA PERITONITE AIGUE PAR PERFORATION

C'est une éventualité rare ; LOUBET en rapporte un cas, DOCKERTY 2 cas, (dont un mélanome), HAWK : une avec pneumo-péritoine, deux autres couvertes (dans les 3 cas il s'agissait de naevocarcinome). En fait la laparotomie et l'examen de la pièce objectivent souvent une perforation complète ou incomplète de la masse tumorale nécrosée.

b - L'HEMORRAGIE DIGESTIVE importante est rare, nous l'avons vu.

c - L'INVAGINATION INTESTINALE

Elle est habituellement subaiguë, fréquente dans les cas de tumeurs polypoïdes et notamment les naevocarcinomes.

d - L'OCCLUSION INTESTINALE

Elle est souvent d'installation progressive ; en cas d'obstacle sur le haut jéjunum, elle peut rappeler les occlusions duodénales sous vatériennes avec intolérance alimentaire, vomissements bilieux, altération rapide de l'état général, alors que le transit peut être conservé quelque temps. Sur l'iléon, elle rappelle les occlusions du colon droit.

D - ETUDE RADIOLOGIQUE

1 - LA RADIOGRAPHIE SANS PREPARATION DE L'ABDOMEN.

Si elle permet d'affirmer le pneumo-péritoine dans les rares péritonites par perforation, et surtout l'occlusion aiguë en montrant les images hydro-aériques, elle n'a jamais pu objectiver directement les tumeurs du grêle ; tout au plus mettra-t-elle en évidence, en dehors des complications aiguës, des images d'aéro-jéjunie ou d'aéroiléie.

2 - L'OPACIFICATION DES ORGANES AUTRES QUE LE GRELE.

Elle offre l'intérêt d'éliminer une lésion de ces organes et de permettre ainsi d'accuser, indirectement, le grêle . Dans quelques cas la tumeur mésenterico-entérique peut comprimer les organes voisins (colon, estomac...).

3 - LE TRANSIT DU GRELE.

En l'absence de documents suffisants, nous ne prétendons pas décrire tous les aspects radiologiques des métastases au grêle ; la plupart des cas ont été reconnus à l'intervention pour une occlusion complète ; parmi les autres, il est signalé, le plus souvent, une sténose irrégulière, ou une opacité dans la lumière intestinale avec dilatation de l'anse en amont, parfois des encoches des bords. Certains auteurs rapportent la possibilité de dilatation en aval de la sténose, faisant suspecter une seconde localisation non toujours visible.

Dans notre observation n° 2 , nous pouvons retenir :

- un refoulement des anses intestinales de façon excentrique autour du segment sténosé.

- une anse très dilatée avec un plissement annulaire de rétention en amont de la sténose (cette anse conserve un résidu baryté à la 8e heure alors qu'il s'agit de la première jéjunale).

- un segment sténosé, fixé, immobile, s'étendant sur près de 10 cms, il présente trois portions : au centre, une image d'ulcération ; en amont, une portion simulant un lympho-sarcome, véritable "rétrécissement dilaté" où tout relief muqueux a disparu ; en aval, une sténose très serrée ne laissant filtrer qu'un filet de baryte.

BUFFARD a décrit l'aspect radiologique d'un cancer en jante : "l'anse présente un refoulement arrondi de son bord mésentérique qui est infiltré, frangé, effiloché et rigide, alors que les trois autres quarts de la circonférence sont respectés".

DEBRAY a décrit une masse mésentérico-entérique par naevocarcinome secondaire comme refoulant les anses du grêle adjacentes, qui se moulent sur la tumeur qui détermine une cavité étroite, rigide et irrégulière, polycyclique ou marécageuse.

D'autres auteurs (LEGRE, WOLF, TILLOTSON, DOUGLAS, etc.) décrivent des aspects infiltrés, rigides avec indentation marginale, des lacunes irrégulières, des anses anormalement écartées les unes des autres.

BOQUIEN découvre à trois semaines d'intervalle, d'abord des signes de compression extrinsèque au bord mésentérique du grêle, sans dilatation, puis une perte du relief muqueux sur 10 cm, avec légère rétro-dilatation, chez une malade présentant une anémie chronique avec présence de sang dans les selles ; l'intervention découvre 2 métastases d'un cancer du sein, dont l'une grosse comme le poing.

Tous ces cas concordent avec les données anatomo-pathologiques : la tumeur n'atteint la muqueuse qu'en dernier lieu, la radiologie mettant essentiellement en évidence des signes de tumeur exophytique.

RICHMAN & LIPSAY, qui ont étudié radiologiquement 33 cas de naevo-carcinomes métastasés au grêle, les décrivent comme le plus souvent multiples, pouvant donner des images de compression extrinsèque mais plus fréquemment donnant des images de polypes ou d'hypertrophie pariétale bombant dans la lumière ; ces images saillantes présentent souvent de larges niches, réalisant des aspects en "oeil de boeuf" ou en "targette". Ils notent, de plus, la fréquence d'invaginations.

Au total, quatre sortes d'images peuvent être retenues, parfois associées :

- des aspects de compression extrinsèque avec refoulement des anses adjacentes.

- des images d'infiltration pariétale avec ou sans saillie dans la lumière intestinale.

- des sténoses annulaires.

- des lacunes polypoïdes.

Enfin, il faut noter que, dans nombre de cas, le transit du grêle peut ne rien révéler d'anormal, c'est dans ces cas que l'on peut proposer une artériographie mésentérique.

4 - L'ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE

Nous avons un seul document artériographique de tumeur métastatique du grêle ; il s'agit d'un cancer de l'ovaire propagé à une anse iléale, avec carcinose péritonéale, reconnu à l'occasion de mélaena à répétition, dans le service du Dr. CACHIN. En voici l'observation :

Mme C.B., âgée de 43 ans, entre dans le service le 3 mars 1966 pour un MELAENA.

- mélaena important : les G.R. sont tombés à 2.690.000 , l'hématocrite est à 16 %.

- mélaena récidivant : l'interrogatoire retrouve 4 épisodes d'hémorragie macroscopique depuis la fin de 1962

- melaena persistant : la malade présente des selles noirâtres depuis 10 jours et 3 hémorragies importantes sont constatées dans le service en 15 jours (des transfusions répétées - 9 l. en 20 j. - ne réparent guère l'anémie, les G.B. ne remontant pas au-delà de 3.700.000).

Ces mélaenas s'accompagnent :

- de crises diarrhéiques d'abord modérées (3 à 4 selles par jour en 63 et 64) puis abondantes (jusqu'à 10 selles par jour, à l'entrée dans le service) ; ces crises s'estompent entre les périodes hémorragiques sans disparaître totalement.

- et de vagues douleurs hypogastriques avec météorisme abdominal.

Une exploration radiologique gastroduodénale et colique ainsi qu'une rectoscopie avaient été pratiquées et n'avaient montré aucune anomalie.

Aucun antécédent digestif n'était relevé ; on retrouvait seulement une grossesse normale à 27 ans, suivie de deux avortements spontanés par incompatibilité Rh. ; une phlébite de la jambe droite à la suite d'une appendicectomie en 1956.

L'examen ne révélait pas d'autres hémorragies ni d'anomalie hépatique, mais, par contre, le pôle inférieur de la rate était perçu et il existait une circulation collatérale uniquement sus pubienne à prédominance droite. Le T.R. et le T.V. permettaient de sentir un utérus dur et bosselé, surtout développé à gauche, et un certain degré d'empâtement de la cloison rectovaginale.

Une rectoscopie était normale ainsi qu'une hystérographie. Il a été pratiqué une exploration radiologique complète du tube digestif qui n'a révélé aucune lésion oesophagienne, gastrique, duodénale ni colique ; le transit du grêle lui-même était normal. Devant la négativité de ces examens, il a été entrepris une splénoportographie qui était strictement normale en dehors d'une pression élevée à 30 cm d'eau.

C'est devant l'impossibilité de déceler l'origine de cette hémorragie menaçante qu'il a été décidé de pratiquer une artériographie sélective mésentérique supérieure (Dr. C. HERNANDEZ, le 4-4). Elle a permis de localiser une large opacité du territoire mésentérique supérieur se projetant sur le plateau sacré ; elle provient d'une volumineuse collatérale gauche de la mésentérique supérieure avec retour veineux assez précoce mais non explosif ; les limites en sont assez franches mais les artérioles sont irrégulières (cliché n° 5).

A l'intervention (Dr. CALVET) le 15.4.1966, l'exploration montre qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire gauche, végétante, ayant envahi une anse iléale. Mais il existe un essaimage métastatique du ligament gastro-colique et de la vessie ; le foie paraît indemne. On pratique : 1°) une hystérectomie totale élargie, 2°) une résection intestinale de l'anse grêle envahie avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale, 3°) une opération de CHILDS.

L'examen histologique montre une prolifération tumorale maligne, polymorphe, sans différenciation glandulaire, de classement très difficile (Thécome, arrhénoblastome ou épithélioma indifférencié).

La malade est décédée 6 mois après l'intervention.

En conclusion : cette artériographie pratiquée en vue de rechercher la cause d'hémorragies digestives à répétition nous a permis d'objectiver une image de tumeur métastatique du grêle ; nous avons retrouvé les signes décrits par STROM et WINBERG : hypervascularisation artérielle, artérioles irrégulières, important retour veineux · nous sommes d'ailleurs tentés d'expliquer

Artériographie Mésentérique supérieure : 2e, 3e, 5e et 12e secondes.

l'élévation de la pression splénique (30 cm d'eau) par cet important flux veineux mésentérique. Un autre point est à souligner, la discordance entre le transit du grêle, qui ne montre aucune lésion, et l'image artériographique dont le volume laisse supposer une infiltration mésentérique importante, ce qui est le fait de nombreuses tumeurs métastatiques, nous l'avons vu.

5 - LA LYMPHOGRAPHIE

Il est certain qu'elle serait d'une grande utilité si les techniques actuelles permettaient une injection des lymphatiques mésentériques en pré-opératoire.

oOo

CHAPITRE V

PLACE DES TUMEURS METASTATIQUES DANS LA PATHOLOGIE TUMORALE DU GRELE

Leur place reste exiguë ; dans le service du Dr. CACHIN à l'hôpital LARIBOISIERE, sur 7 tumeurs de l'intestin grêle observées en quatre ans, nous en avons retenu une seule (obs. n° 1) ; une seconde, secondaire à un cancer ovarien, faisait partie d'une carcinose péritonéale.

DE CASTRO et DOCKERTY, en cinquante ans, à la MAYO CLINIC, en relèvent 101, mais la plupart découvertes à l'autopsie, ou noyées dans une carcinose péritonéale diffuse, ou sans solution de continuité avec la tumeur mère, ou encore sans preuve histologique... etc...; ils n'en retiennent que 26 pour leur étude.

HAWK et FARMER en ont revu 87 cas opérés en treize ans à la CLEVELAND CLIN. FOUND., dont 73 n'ont bénéficié que d'une thérapeutique palliative du fait de l'extension cancéreuse.

En reprenant les statistiques de la MAYO CLINIC sur vingt ans, on peut estimer que les tumeurs métastatiques représentent environ 6 % de toutes les tumeurs du grêle et environ 12 % des tumeurs malignes de l'intestin grêle. Si l'on considère seulement les tumeurs du grêle "parlantes" cliniquement, elles représentent entre 10 et 15 % des tumeurs de ce groupe dont 64 % sont malignes selon C. GOOD.

oOo

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A - STADE CLINIQUE

La symptomatologie clinique des tumeurs métastatiques du grêle est superposable à celle des tumeurs malignes primitives de cet organe.

Aucune donnée clinique ne permet de les distinguer ; seules quelques particularités étiologiques peuvent orienter vers la possibilité d'une métastase au grêle; non pas tellement le sexe, bien que les métastases se rencontrent plus fréquemment chez la femme, les cancers primitifs et les sarcomes chez l'homme - ni l'âge, le sarcome étant fréquent avant 40 ans, les tumeurs métastatiques entre 45 et 55, les adénocancers entre 50 et 60 - que la connaissance d'une tumeur primitive dans les antécédents même assez lointains : cette notion peut faire défaut, nous l'avons vu (la métastase est révélatrice dans 19 % des cas étudiés ici (mais il est vrai qu'un cancer révélé par une métastase au grêle suscite davantage une publication qu'un cancer du colon par exemple, compliqué d'une extension au grêle); elle peut être oubliée ou délibérément négligée car trop lointaine (nous en retrouvons 12 % découvertes 5 ans ou plus après la tumeur primitive et en particulier 2 avec un recul de 20 ans - cas de STARR et de BOQUIEN - et 7 avec un recul de 9 ou 10 ans - cas d'ESTRADE, de ROBB, de DOCKERTY, de HAWK) ; en fait dans la majorité des cas, 7 fois sur 10, la métastase est découverte dans les 5 ans qui suivent la cure de la tumeur primitive, l'intervalle moyen se situant aux environs de 27 mois.

Cette notion de cancer préexistant prend un certain relief dès qu'il s'agit d'un naevocarcinome, d'un épithélioma du col utérin ou d'un adénocarcinome du colon, du rectum ou de l'estomac.

Ceci admis, sa réciproque est vraie : devant un syndrome clinique de tumeur en apparence primitive et probablement maligne, il faut savoir que l'on peut être en présence, en fait, d'une tumeur métastique et rechercher une éventuelle tumeur primitive (notamment naevocarcinome, cancer du col, du colon, du rectum, de l'estomac, du sein, du rein...).

B - STADE RADIOLOGIQUE

- Quelques orientations peuvent être données selon le nombre et le siège des images retenues :

1 - Selon leur nombre :

La multiplicité est certes un argument en faveur des tumeurs métastatiques ; cependant :

- des aspects de sténose étagée peuvent se rencontrer également au cours de tuberculoses entériques
d'entérites inflammatoires
de certaines atrésies congénitales.

- des images polypoïdes multiples s'observent plus fréquemment au cours d'adénomatoses (syndrome de PEUTZ-JEGHERS ou syndrome de GARDNER ou polypose diffuse). De telles images peuvent s'observer également au cours de sarcomatoses intestinales et de rares lipomatoses.

- des images multiples d'encoche des bords s'observent dans les myomatoses et les lipomatoses.

2 - Selon leur siège :

- leur siège iléal doit faire discuter, par ordre de fréquence, les carcinoïdes (4 fois sur 10), un léïomyome (1 fois sur 7), un sarcome, un lipome ou un adénome (1 fois sur 10), une tumeur métastatique (1 fois sur 16).

- leur siège jéjunal : un léïomyome (3 fois sur 10), un adénocancer ou un adénome (2 fois sur dix), un sarcome (1 fois sur 7), une tumeur métastatique (1 fois sur 13).

- L'aspect, l'image elle-même ne permettent pas le plus souvent de poser avec certitude le diagnostic de nature :

- en dehors de l'image du cancer en jante qui seule paraît assez spécifique du cancer métastatique, aucun des aspects radiologiques décrits ne permet d'affirmer la nature métastatique :

- les images de sténose en virole, annulaire ou semi circulaire avec défilé tortueux, étroit, excentrique évoquent à priori l'adéno cancer primitif ; c'est leur aspect le plus fréquent - cet aspect peut cependant être celui d'un sarcome ou d'une métastase. On peut cependant préciser que le cancer primitif donne un rétrécissement bref, nettement tranché par rapport aux segments sains, avec un rebord saillant - que les sarcomes donnent des rétrécissements plus longs, avec infiltration étendue des parois adjacentes - que les métastases donneraient des aspects d'infiltration maxima sur le bord mésentérique.

- les images de compression extrinsèque, d'écartement des anses évoquent tout aussi bien une tumeur extra intestinale (kyste mésentérique, adénopathie par exemple) qu'une tumeur métastatique ou que toute tumeur intestinale à développement sous séreux (lipomes, myomes).

- les images d'encoche des bords, de lacune marginale évoquent les tumeurs à développement sous muqueux - de face cette lacune peut déterminer la disparition de la lumière intestinale.

Les tumeurs bénignes donnent en général des images bien limitées, finement cerclées ; la muqueuse est respectée, seulement refoulée, déplissée ; l'aspect [illegible] disparaît à cet endroit, remplacé par un aspect finement réticulé ; il s'agit en règle d'un adénome (dont on peut ne pas voir le pédicule ni l'aspect framboisé en évacuation) d'un lipome (qui peut ulcérer la

- Jour vert, le plus favorable (3 fois sur 10), un médecin (2 fois sur dix), un savoyard (1 fois sur 7), une femme [illegible] (1 fois sur 15).

- L'auget, l'usage d'[illegible] se [illegible] par [illegible] :

- [illegible] de [illegible] un plat qui serait [illegible]

[illegible] de parler d'[illegible] la nature météorologique :

- [illegible] d'[illegible] en vrille, annonciateur d'un [illegible] ; c'est leur aspect le plus fréquent - cet aspect n'a [illegible] ;

[illegible] d'un record battant - que les [illegible] d'hiver [illegible] plus longs, avec inhibition [illegible] des parties [illegible] - que les [illegible] dans [illegible] les [illegible] [illegible] sur le bord [illegible].

[illegible] ;

[illegible] pour [illegible] qui [illegible] ridge, adéquatrice par exemple) qui [illegible] météorologiques ou que [illegible] intestinale ?

- Les [illegible] d'[illegible], de [illegible] [illegible] à l'[illegible] sans [illegible] - de [illegible] [illegible] la disparition de la [illegible] intestinale.

[illegible] : la [illegible] est [illegible], remplacée par un [illegible] [illegible] [illegible]

muqueuse) d'un myome ou d'un schwanome (parfois pédiculés et ulcérés) d'une tumeur carcinoïde (qui s'associe fréquemment à un aspect coudé du grêle).

L'adénocancer primitif dans ses aspects lacunaires marginaux donne toujours des images d'altération de la muqueuse : les plis ont totalement disparu laissant place à une large ulcération irrégulière, ou bien ils sont hypertrophiés, rigides, désorientés; il existe un bourrelet.

Les tumeurs métastatiques peuvent respecter la muqueuse et simuler une tumeur bénigne, peuvent ulcérer la muqueuse, l'infiltrer, simulant un adéno cancer primitif.

- les images polypoïdes évoquent le polype adénomateux (dégénéré ou non) les lipomes, myomes... pédiculés sous séreux ; les tumeurs métastatiques à développement endophytique sont en règle irrégulières, plus lacunaires que polypoïdes. Les aspects polypoïdes ulcérés des naevocarcinomes secondaires donneraient des images plus spécifiques, en "oeil de boeuf" ou en "targette".

En conclusion, mis à part le cancer en jante - rare - les tumeurs métastatiques du grêle ne donnent pas d'images radiographiques spécifiques ; elles peuvent être confondues radiologiquement avec la plupart des tumeurs du grêle.

Toutefois, la radiologie a le mérite, le plus souvent, de confirmer le diagnostic de tumeur évoqué cliniquement et parfois, confrontée avec les antécédents, l'âge, le sexe, le siège de l'image et la multiplicité de celle-ci de soulever l'hypothèse d'une tumeur métastatique.

L'artériographie doit tirer ses indications essentiellement des échecs du transit du grêle ; à propos de notre 3e observation, elle nous a permis de retrouver des signes de tumeur probablement maligne à développement essentiellement mésenterico-iléal, ce qui était en faveur d'une tumeur métastatique - cela néanmoins, demande à être confirmé sur plusieurs cas.

Toutefois, la radiologie a le mérite, le plus souvent, de confirmer le diagnostic de tumeur évoqué cliniquement et parfois, confrontée avec les biopsies, l'âge, le sexe, le siège de l'image et la multiplicité de celle-ci, de faire l'hypothèse d'une tumeur métastatique.

C - STADE CHIRURGICAL ET ANATOMIQUE

- L'examen macroscopique au cours de la laparotomie pourra confirmer parfois la nature métastatique de la tumeur : aspects de cancer en jante, tumeurs multiples "en coquille de beurre", importante masse mésentérico entérique, surtout si ces aspects sont associés à des adénopathies mésentériques et à d'autres métastases.

- En fait, c'est l'examen histologique, seul, qui permet d'affirmer la nature métastatique de la tumeur et d'éliminer sa nature primitive :

- le problème est simple, nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde.

- il l'est déjà moins lorsqu'il s'agit d'un naevocarcinome dont on ne retrouve pas de foyer primitif - on ne pourrait admettre sa nature primitive qu'après une autopsie complète ayant vérifié toutes les muqueuses malpighiennes, l'oeil, les méninges, et n'ayant pas laissé échapper un possible naevus achromique dégénéré.

- il devient complexe lorsqu'il s'agit d'adénocarcinomes, non pas d'adénocarcinomes différenciés, reproduisant une structure extra intestinale typique (poumon, rein, sein...) dont on peut superposer l'image histologique avec celle d'une tumeur primitive que l'on connaît ou que l'on découvre, mais d'adénocarcinomes anaplasiques ou liberkuhniens typiques ou peu différenciés ; dans ce cas, le problème diagnostique entre cancer primitif et cancer secondaire du grêle peut être insoluble :

- si le cancer primitif du grêle est rare, le cancer secondaire l'est encore plus.

- si la métastase succède, en général, dans les 5 ans, à la tumeur primitive, nous avons vu qu'elle pouvait être révélatrice (2 fois sur 10) ou ne survenir qu'après un silence d'au moins cinq ans (1 fois sur 10).

- si les aspects histologiques des 2 tumeurs ne sont pas rigoureusement superposables, on sait que les métastases ne reproduisent pas toujours leur mère de façon absolument identique.

- Ainsi, le meilleur argument en faveur de l'origine métastatique de la tumeur repose sur l'étude de l'axe de progression de celle-ci : le cancer primitif du grêle nait de la muqueuse, atteint la muscularis mucosae et, lorsqu'il parvient à la franchir, envahit secondairement sous muqueuse et musculeuse ; la métastase au grêle est une émigrée, elle entre par le pôle mésentérique (embolie artérielle ou lymphatique) elle repousse la muscularis mucosae et la muqueuse vers l'intérieur et ne fait irruption vers la lumière que secondairement.

oOo

CHAPITRE VII

TRAITEMENT - PRONOSTIC

- L'intervention chirurgicale s'impose dans tous les cas où le diagnostic de tumeur du grêle est fermement posé ou suffisament suspecté.

- L'exploration abdominale sera complète : la tumeur en règle siège en aval d'un segment dilaté - tout le grêle sera vérifié à la recherche d'une autre localisation possible, ainsi que le mésentère à la recherche d'adénopathie associée (près de 50 % des cas).

- Les interventions palliatives (anastomose court-circuitant la zone sténosée) s'adresseront aux cas de carcinose péritonéale ou de tumeurs associées à des adénopathies cancéreuses ou à des métastases hépatiques inextirpables ; elles seront complétées d'une chimiothérapie post opératoire.

- Les interventions d'exérèse devront être tentées dans tous les autres cas, lorsque l'état général le permet et qu'il n'existe pas d'autres métastases à distance (poumon...). Des enterectomies segmentaires étagées peuvent être nécessaires en cas de tumeurs multiples siégeant à distance.

- Ces interventions permettent d'affirmer le diagnostic soit sur la pièce d'exérèse, soit sur la biopsie et, partant, de porter un pronostic qui reste très sombre : si le danger immédiat (occlusion, hémorragie) est provisoirement écarté, la survie reste précaire ; la moitié des opérés décédent dans les six mois et 15 % seulement survivent 1 an ; la survie moyenne se situe entre 10 et 12 mois.

- Si l'on compare sur ce point les tumeurs métastatiques aux tumeurs malignes primitives, les chiffres sont éloquents :

- Survies supérieures à cinq ans :

tumeurs métastatiques...: 1,6 %

lympho sarcomes..... : 25 %) Université de
autres sarcomes..... : 22 %) Minnesota 1962

adéno cancers..... : 25 %) Dockerty 1958

oOo

CONCLUSION

A l'occasion de deux observations personnelles, et en reprenant 123 cas retenus dans la littérature, nous nous sommes proposés d'étudier les tumeurs métastatiques du grêle, afin de déterminer la place qu'elles doivent avoir dans la pathologie tumorale du grêle.

Dans un but clinique et pratique, nous avons par définition retenu les seules tumeurs répondant aux critères suivants :

1 - Naevocarcinome ou Epithélioma métastatique développé sur le grêle à distance de la tumeur-mère et ne faisant pas partie d'une carcinose péritonéale diffuse.

2 - Tumeur primitive reconnue, qu'elle ait été découverte avant ou après sa métastase, ou simultanément.

3 - Tumeur secondaire prouvée histologiquement.

De cette étude nous pouvons retirer les enseignements suivants :

Ce sont les tumeurs mélaniques les plus fréquentes : elles en représentent le tiers ; ensuite, par ordre de fréquence, nous retrouvons comme siège de la tumeur-mère : le col utérin (21 cas) - le gros intestin (19 cas) - l'estomac (8 cas) - le sein (7 cas) l'ovaire, le rein et le poumon (6 cas) - le pancréas (3 cas) - le pharynx et l'oesophage (2 cas) - le vagin et la vésicule (1 cas).

Ces tumeurs secondaires représentent environ 6 % de l'ensemble des tumeurs du grêle et 12 % des tumeurs malignes du grêle.

Elles ont de commun aux tumeurs malignes primitives leur symptomatologie clinique :

- longtemps latentes, la majorité d'entre elles ne sont reconnues qu'au stade de complication : occlusion le plus souvent, invagination, perforation, hémorragie parfois.

- en fait, ces accidents sont pratiquement toujours précédés de troubles abdominaux où domine par sa fréquence la douleur dont l'analyse rigoureuse doit faire envisager la probabilité d'une tumeur grêlique ; les troubles du transit, les vomissements, la perception d'une masse abdominale restent inconstants ; par contre, deux symptômes assez fidèles, l'amaigrissement et l'anémie soulignent l'organicité de la douleur.

C'est l'étude radiologique du transit baryté qui est l'examen essentiel : mais s'il permet souvent d'affirmer la réalité d'une tumeur du grêle et sa malignité probable, il est insuffisant pour préciser avec certitude sa nature métastatique ; elle peut rester négative, l'artériographie mésentérique dans ce cas devrait être utile.

La laparotomie peut reconnaître leur nature lorsqu'elles ont l'aspect typique du cancer en jante décrit par CARNOT ; en dehors de ces cas, elle ne peut souvent distinguer entre cancer primitif et métastase que sur des présomptions :

- les tumeurs métastatiques siègent le plus souvent sur l'iléon et notamment sur un segment préterminal.

- elles sont dans près de la moitié des cas multiples.

L'examen histologique est indispensable :

- affirmant la nature malpighienne de la tumeur, il affirme du même coup sa nature métastatique et - si elle est méconnue - impose la

recherche d'une tumeur primitive au niveau du col utérin, de l'oesophage, du pharynx, des bronches...

- prouvant un naevocarcinome, sa nature métastatique est probable puisqu'il n'est retenu à notre connaissance qu'une dizaine de tumeurs mélaniques du grêle apparemment primitives - il faut rechercher au besoin une tumeur initiale, parfois achromique, au niveau des téguments, de la cavité buccale, de l'oeil, du rectum, de l'oesophage.

- découvrant un adénocarcinome, s'il est liberkuhnien, colloïde ou anaplasique, le problème reste complexe : ce peut être un cancer primitif... et lorsqu'on découvre une deuxième tumeur (colique ou gastrique en particulier) la confrontation anatomoclinique peut ne pas éclaircir leur lien de parenté : mère, soeur ou fille ? ou encore cancer double ?

Le traitement en est chirurgical : lorsque l'état général du malade le permet, en l'absence d'autres métastases et d'extension ganglionnaire inextirpables il faut pratiquer l'exérèse ; dans les autres cas on se contentera d'une dérivation.

Le pronostic en est sombre, même comparé à celui des tumeurs primitives : la survie moyenne est de 10 mois ; il n'y a que 15 % de survie supérieure à un an et 1,6 % supérieure à cinq ans.

oOo

Vu, le Président de Thèse :
Professeur A. LAMBLING

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BEIRNE M.T.

Malignant mélanoma of the small intestine.
Radiology 65 : 749 - 1955.

BENSAUDE R.

Les métastases intestinales du cancer de l'estomac.
Bul. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris. 382-408 1910.

BENSAUDE R. et Col.

Rétrécissements multiples de la partie sous diaphragmatique du tube digestif.
An. Méd. Exp. et AnaPath. 18.526-577 1906

BONNET P.

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle.
Th. Lyon 1963.

BERNSTEIN J.S.

Small bowel tumors ; a clinical study of 109 cases.
J. Mt. Sinai Hosp. (N.Y.) 25. 1-28 1958.

BOQUIEN Y. et Col.

Cancer de l'intestin grêle métastatique d'un cancer du sein.
Arch. Ap. Dig. 53. 6-697-701. 1964.

BROCQ P., POILLEUX F. et TRONC (avec collaboration de MOUCHET, MIALARET, PATEL, PORCHER, etc.).

Discussions sur les tumeurs du grêle.
Mém. Ac. Chir. 81. 1034-1037 1955.

BUFFARD P.

Tumeurs du grêle.
E.M.C. (Radio IV) 33.335 A 10. 1963.

CASTELMAN B. et TOWNE V.

Cases records of the Massachussetts General Hosp ; case n° 39.331.
New Engl. J. Méd. 249. 286-293. 1953.

CHAURAND A.

Le cancer secondaire de l'intestin grêle à rétrecissements multiples.
Th. Lyon 1935.

CHERIGIE E., HILLEMAND P., PROUX Ch. et BOURDON R.

L'intestin grêle normal et pathologique.
Exp. Sc. Fr. Paris 1957.

CHERIGIE E. et PRADEL J.

Les lymphosarcomes de l'intestin grêle.
An. Rad. (Sem. des Hop.) 4 (5/6) 295-304 1961.

CONTE M. et Col.

Cancers métastatiques de l'intestin grêle.
A propos d'un épithélioma de l'iléon secondaire à un épithélioma bronchique.
Sem. Hop. Paris. 35. 461-64. 1959.

DARLING R.C. et WELCH C.E.

Tumors of the small intestine.
New England J. Med. 260-397. 1959.

DAS GUPTA T.K. et Col.

Métastatic mélanoma of the gastro-intestinal tract.
Arch. Surg. 88. 969-73. 1964.

DEBRAY Ch. HERNANDEZ Cl.

Tumeurs de l'intestin grêle diagnostiquées exclusivement par artériographie sélective de l'A. mésentérique supérieure.
Arch. Mal. Ap. Dig. 54. 6. 593-602. 1965.

DEBRAY Ch., ROUX et VILAIN

Tumeur mélanique de l'iléon métastase d'un mélanome malin de la gencive.
P.M. 21 Oct. 1953.

DE CASTRO C.A., DOCKERTY M.B. et MAYO C.W.

Metastatic tumors of the small bowel.
Surg. Gyn. Ob. 105. 159-66. 1957.

DEGOS R.

Les Naevocarcinomes.
Rev. Prat. XV. 9. 1047-72 1965.

DELARUE J. et CIVATTE J.

Un cas de Mélanome à localisations digestives multiples apparamment isolées.
Soc. Anat. Paris 5 mars 1953.

DELUMEAU G.

Les Epitheliomas du jéjuno iléon.
Th. Nantes - 1960.

BANZET et Col.

Idem.
P.M. LXI. 1732-34 25 déc. 1953.

DUPERRAT B.

Les mélanomes malins.
Rev. Prat. 7.925. 1957.

DUPUY R. et VALLIN J.

Tumeurs bénignes et malignes de l'intestin grêle.
E.M.C. (Est. Int.) 9067 C 10. 1965.

ESTRADE J.

Deux tumeurs secondaires sténosantes du grêle.
Bul. As. Fr. Et. Cancer. 42. 498-503. 1955.

FAUVET J.

Les métastases cancereuses.
Rev. prat. 2387-2402. T.X. 22 1960.

FAUVET J. et Col.

Les cancers primitifs multiples.
Rev. Prat. XIV. 17. 2149-74. 1964.

FONTAINE R. et Col.

Cancer du grêle secondaire à un cancer du sein.
Arch. Mal. Ap. Dig. 54. 3. 262. 1965.

FOTOUHI M.

Contribution à l'étude des mélanomes de localisation gastro-intestinale.
Th. Paris (23 Univ.) 1961.

FRAZER I.

A propos de 96 tumeurs du grêle.
Mém. Ac. Chir. 85. 670-73. 1959.

FRELOT C.

Cancer secondaire de l'intestin grêle.
Th. Paris 58.

GARIN C. DESJACQUES R.

Cancer secondaire de l'intestin grêle à rétrécissements multiples.
Lyon Méd. 28. 562-65. 1951.

GERWIG W.H.

Complet annular obstruction of iléum by metastatic carcinoma from the cervix.
Am. J. Surg. 85. 245-248. 1953.

GILLETTE P.C.

Malignant tumors of small intestine. Report of 4 cases.
Gastoenterologie 30. 517-22 1956.

GOOD C.A.

Tumors of the small bowel (659 cases).
Amer. J. Roentg 87 : 685-705. 1963.

GRIEP K.

Hypernephrometastases im Dürmdarm.
Zentralbl. f. Chir. 66 : 2656-58. 1939.

HAWK W.A. et FARMER R.G.

Metastatic tumors of the small bowel.
Gastroenterologie. 47 : 5. 496-504. 1964.

HELLER E.L.

Carcinoma of the stomach with multiples annular metastatic intestinal infiltrations.
Arch. Path. Chi. 40 : 392-94. 1945.

JUVANON J.

Sarcomes primitifs du jéjuno-iléon.
Th. Lyon 1960.

LASERSOHN J.T.

Carcinoma of the uterine cervix. A study of surgical, pathological and autopsy findings.
Cancer. 17 : 338-51 1964.

LEGRE J. et Col.

Tumeur métastatique du grêle.
J. Radiol. 44 (I) 126-27. 1963.

LOCKE D.J.

Malignant neoplasms of the small intestine.
Amer. J. Surg. 85 : 127-33. 1953.

MAILLET P. FEROLDI J. et Col.

Tumeur du grêle , métastase d'un cancer du sein.
Lyon Chir. 61(6) 906-08. 1965.

MALLORY T.B. et Col.

Case records of the Massa. Hosp.
New England J. Med. 339 : 720-22. 1948.

MARSHAK R.H.

Roentgen findings in lesions of the small bowel.
Am. J. Dig. Dis. 6 : 1084- 1961.

MARTEL W.

Small bowel tumors.
Radiology 75.3 : 368-79. 1960.

MAXWELL W.

Secondary mélanoma of small intestine with chronic intestine obstruction and intussusception.
Med. S. Aust. II : 656. 1928.

MOLLARD

Les rétrécissements cancéreux multiples par métastases de l'intestin.
J. Med. de Lyon 1922.

MOUCHET A. et CHATELAIN Y.

Les tumeurs de l'intestin grêle.
Paris Médical. 133 : 393-405. 1947.

PATEL J.

Les rétrécissements multiples de l'intestin grêle.
Rev. Gyn. Chir. Abd. 1902.

PEARSON B. et GARCIA M.

Intestinal obstruction as phase of carcinoma of the cervix.
Surgery II : 636-43. 1942.

PEYCELON R. et Col.

Lyon Chir. 55 : 321-39. 1959.

POMERANTZ H. et MARGOLIN H.

Metastases of the gastrointestinal tract from malignant melanoma.
Amer. J. Roentgen. 88-4 : 712-17. 1962.

PORCHER P., BUFFARD P. et SAUVEGRAIN J.

Radiologie clinique de l'intestin grêle.
Masson Ed. Paris 1954.

POULAT R; LECONTE DES FLORIS R. etc.

Métastases intestinales multiples d'un naevocarcinome cutané.
Act. de l'As. Nord Lathar. de Gastr. Entero. 4-5 sept. 1965 Besanç.

POWELL N.A.

Partial small bowel obstruction due to metastatic carcinoma secondary to squamous cell carcinoma of the cervix.
Alex. Blain Hosp. Bul. (Detroit) 7 : 81-84. 1948.

REBOUL et Col.

A propos d'un épithélioma secondaire du jéjunum.
J. ElectroRad. 34 : 796-97. 1953.

STARR A.

Solitary jejunal metastasis twenty years after removal of a renal-cell carcinoma.
New England J. Med. 246 : 250-51. 1952.

SWINTON N.W.

Metastasis of cancer of the rectum and sigmoïd.
Dis. Colon Rectum. 7 : 273-77. 1964.

TILLOTSON P.M.

Metastatic tumor of the small intestine.
Amer. J. Roentgen. 88 : 702-06. 1962.

VACHON A. et Col.

Tumeur mélanique de l'estomac et du grêle.
Arch. Mal. Ap. Dig. 54-5 : 541 1965.

VERHAEGE M. et Col.

Huit cas de tumeurs de l'intestin grêle.
Arch. Mal. Ap. Dig. 46 - 1073-87. 1957

VINCENT E. FEROLDI J.

Tumeur mélanique de l'intestin grêle.
Lyon Chir. XLV 488-90. 1950.

VON CAPELLER D.

Solitary metastasis eight years after radiation of carcinoma of the cervix.
Gastroenterology 33 : 655-58 1957.

WEIBEL L.

Small bowel tumors ; report of 165 lesions.
Amer. J. Gastroentero 21 : 466-77. 1954.

WILBER D.L. et HARTMANN H.R.

Malignant melanoma with delayed metastatic growths.
Amer. Int. Med. 5 : 201-11 1931.

WILLIS R.A.

Metastatic tumors in the small intestine.
Austr. N. Z. S. Surg. : I-41. 1931.

WOLF B.S.

Metastatic carcinoma of the ileum. Primary in the sigmoid.
J. Mount Sinai Hosp. 6 : 593-95. 1958.

oOo

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62